



COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**



# OBJETIVOS DO PRÉ-NATAL

- Promoção de saúde
- Prevenção ou detecção precoce de afecções
- Redução da mortalidade materna e infantil
- Melhor qualidade de vida e Cidadania plena

## **Mortalidade Materna**

- Melhores indicadores de saúde pública**

*Laurenti et al, 2000*

- Vinculado ao grau de desenvolvimento sócio-econômico da população**

*Laurenti, 1994*

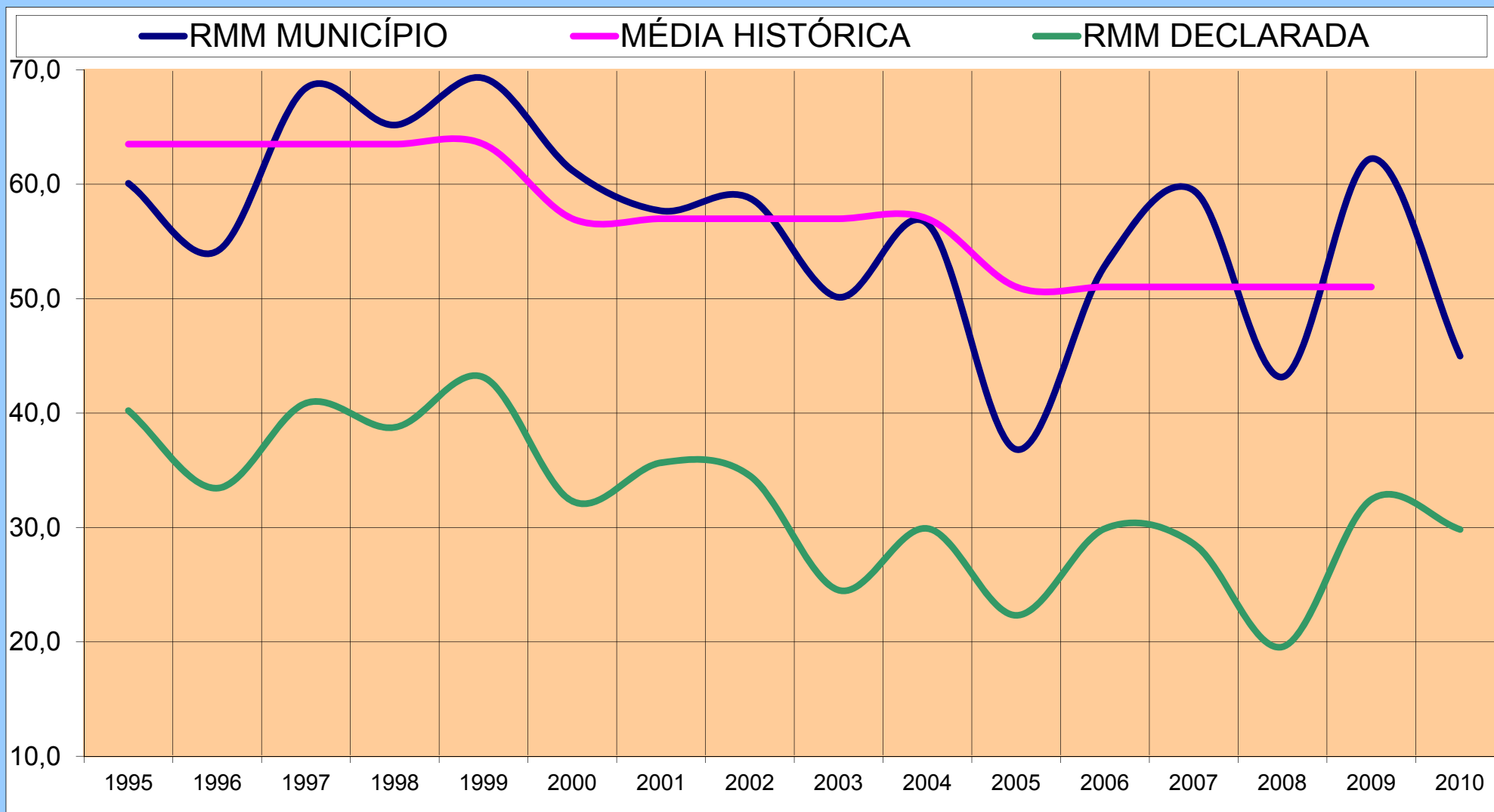
### **Avalia:**

- Acesso ao sistema de saúde**
- Planejamento Familiar**
- Pré-natal**
- Atendimento hospitalar**
- Falhas estruturais**

## Principais causas de morte materna

CAUSA	1993-2003		2004-2006	
	N	%	N	%
<b>HIPERTENSÃO (EP/E + HAS)</b>	284	<b>23,8</b>	63	<b>26,0</b>
<b>HEMORRAGIAS</b>	187	<b>15,7</b>	48	<b>19,8</b>
COMPLICAÇÕES DE ABORTO	130	10,9	23	9,5
CARDIOPATIAS	111	9,3	25	10,3
INFECÇÃO PUERPERAL	105	8,8	10	4,1
OUTRAS	376	31,5	73	30,2
<b>TOTAL</b>	<b>1193</b>	<b>100,0</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>

# Razão de Mortalidade Materna – M.S.Paulo



## **Atenção baseada em evidências:**

Uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais

## **Apoio às gestantes:**

“A melhor assistência não será efetiva se a equipe não estiver disponível para aqueles que dela necessitem”

## **ACOLHIMENTO**

- Adolescentes
- Imigrantes
- Vulnerabilidade social (sentem-se pouco à vontade)
- Dificuldade de comunicação, impossível seguir recomendações
- Reações dos provedores de saúde



## Protocolos Área Técnica de Saúde da Mulher Protocolos de Pré-Natal

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=5695](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5695)

# PLANO GERAL DE AÇÃO

**Por ocasião da primeira consulta**

- **Agendamento de todas as visitas**
- **Consultas mensais até 27 semanas**
- **Semanais 28 a 32 semanas**
- **Quinzenais 32 a 36 semanas**
- **Semanais até 41 semanas**

- Em nenhuma hipótese existe alta do Pré-Natal !**
- Com 41 semanas a paciente será encaminhada para indução**



# PRÉ-NATAL - EXAMES DE ROTINA

## 1ª CONSULTA -ACOLHIMENTO

### 1º TRIMESTRE

- Sorologia para Sífilis 1º Trimestre – Solicitar também para o(s) parceiro(s)
- Sorologia para HIV 1º Trimestre
- Sorologia de Hepatite B (HbsAg e Anti HBc)
- Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)
- Hemograma
- Urina I
- Urocultura
- Glicemia de jejum
- Tipagem Sanguínea ( ABO e Fator Rh)
- Protoparasitológico
  
- Ultra-som obstétrico ( preferencialmente entre a 11ª semana até 20ª semana)

# PRÉ-NATAL - EXAMES DE ROTINA

## 2º TRIMESTRE

### 2º TRIMESTRE

- Urocultura
- Teste de sobrecarga glicêmica, a partir da 24<sup>a</sup> semana, nos casos com fator de risco para Diabetes Gestacional
- Colpocitologia oncótica : se nunca colheu ou se colheu há + de 3anos

# PRÉ-NATAL - EXAMES DE ROTINA

## 3º TRIMESTRE

### 3º TRIMESTRE = 28 SEMANAS

- Urocultura
- Glicemia de jejum
- Sorologia para Sífilis
- Sorologia para HIV

### 3º TRIMESTRE (ENTRE 35 E 37 SEMANAS)

- Cultura de secreção vaginal e anal para Estreptococo grupo B

# PRÉ-NATAL - EXAMES DE ROTINA POPULAÇÕES ALTA VULNERABILIDADE

## Na 1ª Consulta/ Acolhimento(1º trimestre):

- Hemograma Completo
- Glicemia de jejum
- Sorologia para Rubéola (IgG e IgM) = ver situação vacinal
- Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)
- Sorologia de Hepatite B (HbsAg) e Anti HBc
- e Hepatite C ( Anti HCV) 

}	em transfundidos antes de 1993 , tatuagens e piercings e
	usuários de drogas inalantes e injetáveis
- Sorologia para Sífilis (VDRL)
- Sorologia para HIV
- Tipagem sanguínea (ABO) com fator Rh
- Urina I e Urocultura
- Protoparasitológico
- Colpocitologia oncológica conforme rotina ginecológica
- Ultra-som obstétrico (11ª semana até 20ª semana)

## No 2º trimestre:

- Urocultura
- Sorologia para Sífilis (VDRL)
- Sorologia para HIV

## No 3º trimestre:

- Urocultura
- Sorologia para Sífilis (VDRL) com 28 e repetir com 34 semanas
- Sorologia para HIV com 28 e repetir com 34 semanas
- Glicemia de jejum
- Cultura para Estreptococo grupo B (entre 35 e 37 semanas)

## VACINAÇÃO DA GESTANTE

Dupla Adulto (dT) e Hepatite B :

- **1ª consulta** : 1ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B
- **Após 60 dias**: 2ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B
- **Após 120 dias**: 3ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B

Em qualquer fase da gestante: Influenza nos meses de outono e inverno

No Puerpério: Sarampo-Caxumba - Rubéola - Dose Única

dT - Naquelas já imunizadas adequadamente com última dose há mais de 5 anos, dar Reforço.

Hepatite B – O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de dois meses, desde que o intervalo entre a primeira e a terceira dose seja no mínimo de quatro meses.

## QUEIXAS MAIS FREQUÊNTES NA GESTAÇÃO NORMAL

- Náuseas e sialorréia
- Pirose (azia)
- Cólicas Flatulência e Obstipação Intestinal
- Sangramento gengival
- Cefaléia e Enxaqueca
- Cloasma
- Cãibras
- Varizes de MMII
- Edema
- Lombalgia
- Hemorróidas
- Corrimento Vaginal
- Queixas Urinárias
- Atividade sexual

# DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

**VALORES DE REFERÊNCIA GLICEMIA DE JEJUM**  
(recomendados pela OMS, 1998)

**NORMAL:** menor que 90,0 mg/dl

**GLICEMIA DE JEJUM SUSPEITA:** 90 a 125 mg/dl

**DIABETE:** maior que 125,0 mg/dl

**GTT 2 horas após ingestão 75 g de glicose**

**NORMAL:** até 139,0 mg/dl

**DIABETE:** 140,0 ou mais

**ENCAMINHAR PARA  
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO  
O MAIS PRECOCE POSSÍVEL**



- Diagnóstico pré-gestacional
- Glicemia de jejum > 125
- Glicemia 2 horas após 75 g de glicose > 140

**GESTANTES  
COM  
RISCO**

**dois ou mais  
fatores  
PRESENTES**



- Idade maior que 35 anos
- Obesidade (> 75 kg ou IMC > 35 na primeira consulta ou ganho excessivo de peso )
- Antecedentes DM em pais e/ou irmãos.
- Antecedente obstétrico de macrossomia (>4000 kg), polihidrânio, malformações, natimorto ou óbito neonatal sem causa definida.
- Antecedente de diabetes gestacional.
- Portadora de hipertensão arterial crônica
- Se apresentar macrossomia, polihidrânio ou malformação.

# DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

**RASTREAMENTO PARA TODAS AS GESTANTES NA PRIMEIRA CONSULTA**  
Idade gestacional inferior a 20 sem.

**GLICEMIA DE JEJUM**

**>125**

**DIABETES**

**90 - 125**

**GTT 75 g**

**<90**

**RISCO?**

**SIM**

**NÃO**

**GTT 75 g**

**Glicemia de jejum  
24 e 28 sem.**

**GTT 2 horas após ingestão 75 g de glicose**

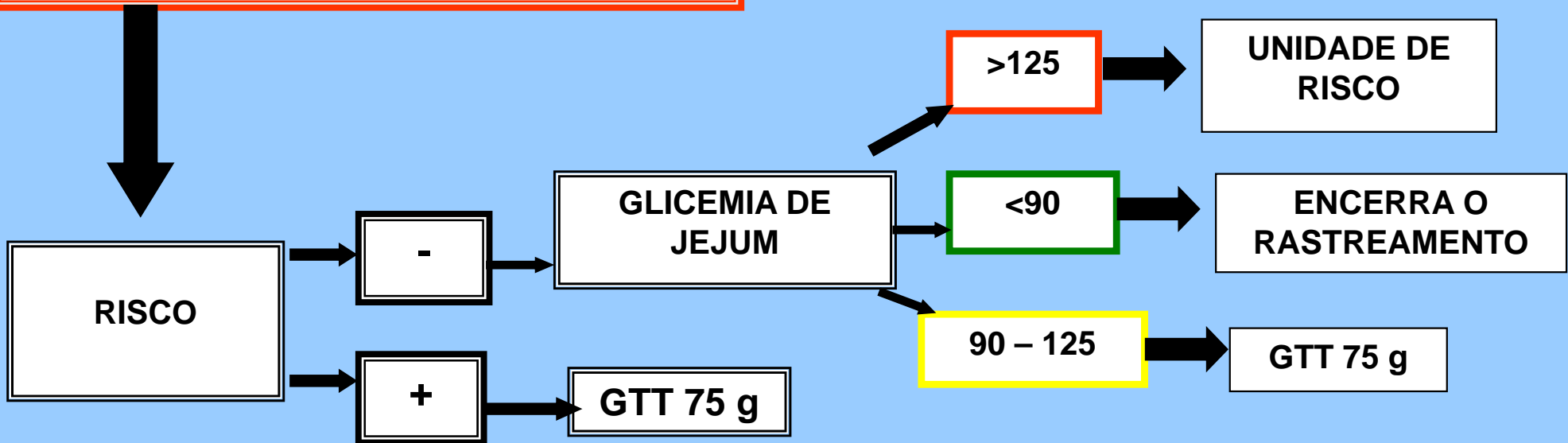
**NORMAL: até 139,0 mg/dl**

**DIABETE: 140,0 ou mais**



# DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

RASTREAMENTO COM 24 A 28 SEMANAS



## OBSERVAÇÕES

Quando o início do pré-natal ocorre em idade gestacional maior que 22 semanas, utilizar o rastreamento sugerido para 24 – 28 semanas.

# GESTAÇÃO PROLONGADA: RASTREAMENTO/ PREVENÇÃO

Antes de  
20 semanas

- Realização de US
- Assegurar idade gestacional.
- Repetir a avaliação, se necessário.

A partir de  
37 semanas

- Consultas semanais
- Não “dar alta” do pré-natal a partir de 36 semanas (não adicionar riscos).

A partir de  
39 até 40  
semanas

1. “Mobilograma” diário: pós-café, almoço e jantar.  
(normal = 6 ou mais movimentos em 1 hora em decúbito lateral E)
2. Avaliar reatividade cardíaca fetal, após estímulo mecânico, com sonar ou Pinnard (acelerações evidentes têm validade clínica semelhante a CTB).

A partir de  
40 semanas  
confirmadas

- 1 - Encaminhar para maternidade.
- 2 - Agende na UBS: - retorno em uma semana.  
- programar retorno puerperal.

A partir de  
41 semanas  
confirmadas

- Encaminhar para maternidade para Indução do parto

# PRÉ-ECLÂMPسيا

**HIPERTENSÃO GESTACIONAL:** Elevação da pressão arterial (PA>140X90), após a 20ª semana de gestação em pacientes sem história prévia de hipertensão arterial.

**PRÉ-ECLÂMPسيا:** Hipertensão gestacional associada a proteinúria significativa (+/4+ em fita ou 300,0 mg ou mais em urina de 24 horas)

## GESTANTES COM RISCO DIFERENCIADO

- PRIMIGESTAS
- PRIMIPATERNIDADE
- HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA
- OBESIDADE
- GESTAÇÃO GEMELAR
- ANTECEDENTES DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE OU ECLÂMPسيا OU HELLP
- AUSÊNCIA DE REDUÇÃO DA PA NO SEGUNDO TRIMESTRE

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

**CERTOS:** PROTEINÚRIA

**SUSPEITOS:**

ELEVAÇÃO DA PA EM RELAÇÃO ÀS ÚLTIMAS CONSULTAS  
INSTALAÇÃO DE EDEMA E/OU GANHO PONDERAL EXCESSIVO (+1000g)  
EM RELAÇÃO À ÚLTIMA CONSULTA

# PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE ABAIXO DE 34 SEMANAS





ou

Carbonato de cálcio ( 1,0 g ao dia = 2 Comprimidos de 1250mg)



iniciando ao redor de 12 semanas até 35

**HIPERTENSÃO  
GESTACIONAL**



- REDUZIR INTERVALO ENTRE CONSULTAS (máximo 7 DIAS)
- ALERTAR SOBRE SINTOMAS RELACIONADOS A HIPERTENSÃO COMO CEFALÉIA, DISTÚRBIOS VISUAIS OU DOR EPIGÁSTRICA.
- PESQUISAR PROTEINÚRIA EM TODAS AS CONSULTAS

**PRÉ-ECLÂMPسيا**



**ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO**

**PROTEINÚRIA  
POSITIVA?**



**ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO**

# HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

**HAC:** Hipertensão arterial prévia a gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas

<b>HAC LEVE</b>	90<PAD<100 mmHg
<b>HAC MODERADA</b>	100<PAD<110 mmHg
<b>HAC GRAVE</b>	PAD igual ou maior que 110 mmHg

## PROGNÓSTICO

- A mortalidade e morbidade materna e perinatal é proporcional ao nível inicial da PAD.
- De modo geral HAC leve e moderada têm desempenho semelhante à população geral

## ENCAMINHAR DE IMEDIATO PARA UNIDADE DE RISCO QUANDO:

- Pronto- Socorro: PAD maior ou igual a 110 mmHg e sintomas.
- Pré-Natal de A.R. = Antecedentes obstétricos como:
  - prematuridade
  - restrição de crescimento fetal
  - descolamento prematuro da placenta
  - internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia
  - morte perinatal.

# HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

## SEGUIMENTO PRÉ-NATAL NAS UBS PARA HIPERTENSAS LEVES OU MODERADAS

- Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica)
- Administrar metildopa 750 mg/dia (dose máxima 2,0 g/dia), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas)
- Se necessário adicionar 25 a 50 mg/dia de hidroclortiazida.
- O objetivo do controle clínico é PAD < 100 mmHg.
- Além dos exames de rotina avaliar creatinina plasmática (se > 1,2 mg/dl, encaminhar)
- Solicitar ultra-som mais precoce possível para confirmação da idade gestacional.
- Observar crescimento fetal pela altura uterina e por ultra-som entre 28 e 32 semanas.
- A partir de 36 semanas avaliar movimentação (mobilograma OK = 6 movimentos a cada hora)
- Em todas as consultas avaliar resposta cardíaca fetal ao estímulo mecânico (acelerações evidentes em 10 minutos de avaliação têm a mesma validade que as acelerações registradas na CTB).
- Encaminhar para unidade de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.



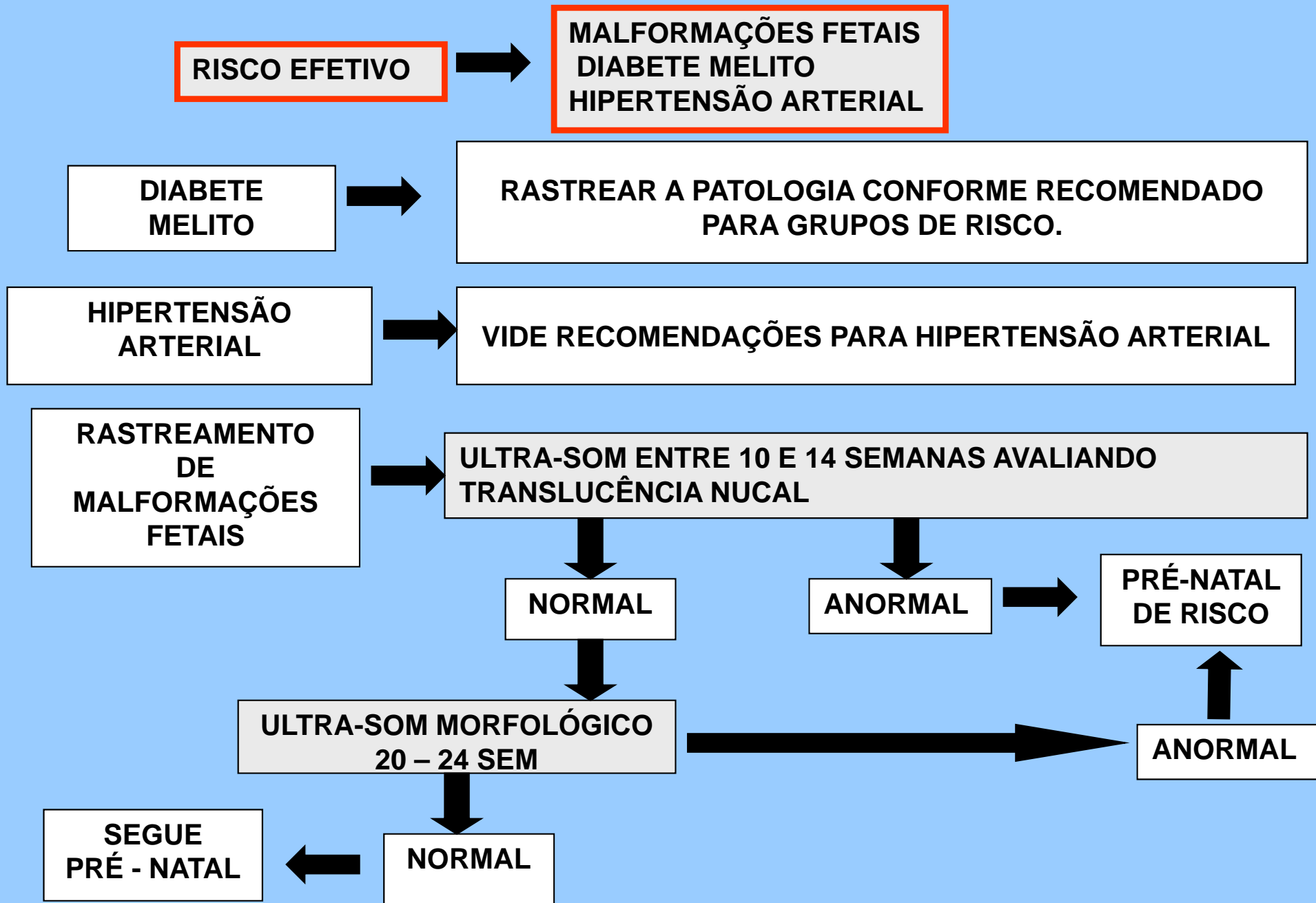
# HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

## CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA SOBREPOSIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

### - DIANTE DE SUSPEITA CLÍNICA: ENCAMINHAR PARA RISCO!

- Instalação de edema que não cede com repouso
- Ganho ponderal maior que 1000 g por semana associado a edema
- Elevação da pressão arterial basal (PAD>100 mmHg) após 20 semanas
- Detecção de proteinúria em fita (+ em 4) ou 300 mg em urina de 24 h.

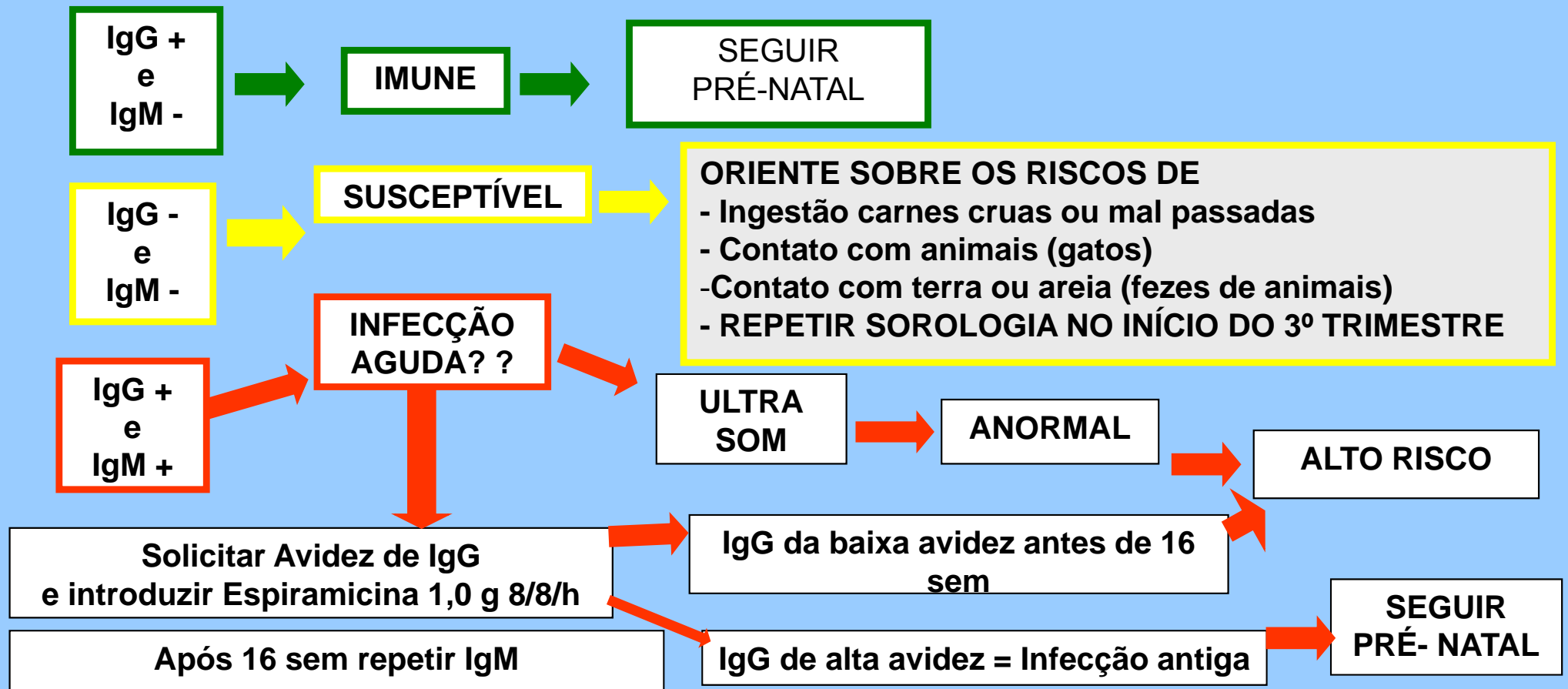
# GESTAÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS



## TOXOPLASMOSE

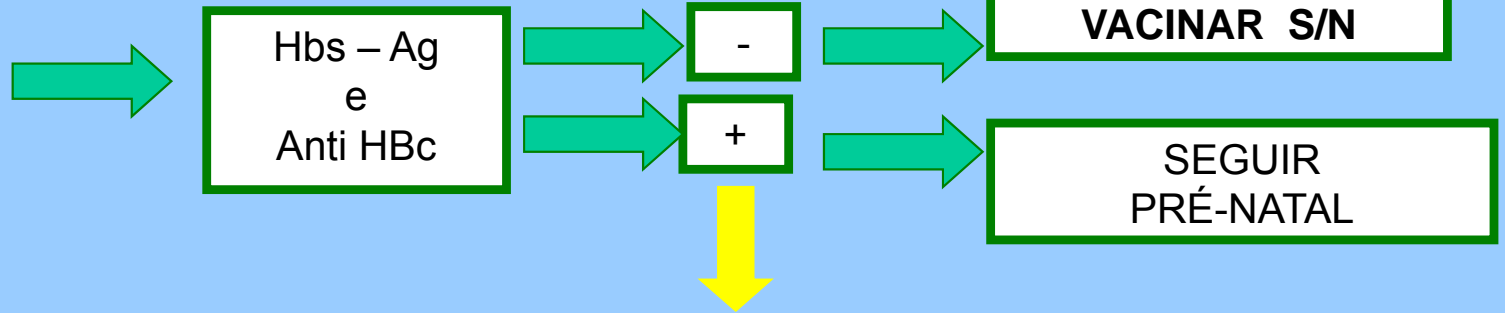
- Não existem cifras precisas da real prevalência do problema em nosso meio.
- Revisão sistemática questiona a eficiência do tratamento habitualmente preconizado e chama a atenção para as dificuldades da interpretação dos resultados da sorologia.

### TRIAGEM A PARTIR DA PESQUISA DA PRESENÇA DE ANTICORPOS MATERNOS (IgG e IgM)



# HEPATITES

## HEPATITE B



### RECOMENDAÇÕES:

1. Encaminhe a paciente para especialista **APÓS** o parto.
2. Informe à equipe responsável pela assistência ao parto sobre o status sorológico da paciente para que se adotem as providências necessárias para proteção do recém nascido (vacina, imunoglobulina).

## HEPATITE C

**Não faz parte das recomendações de rastreamento no pré-natal**

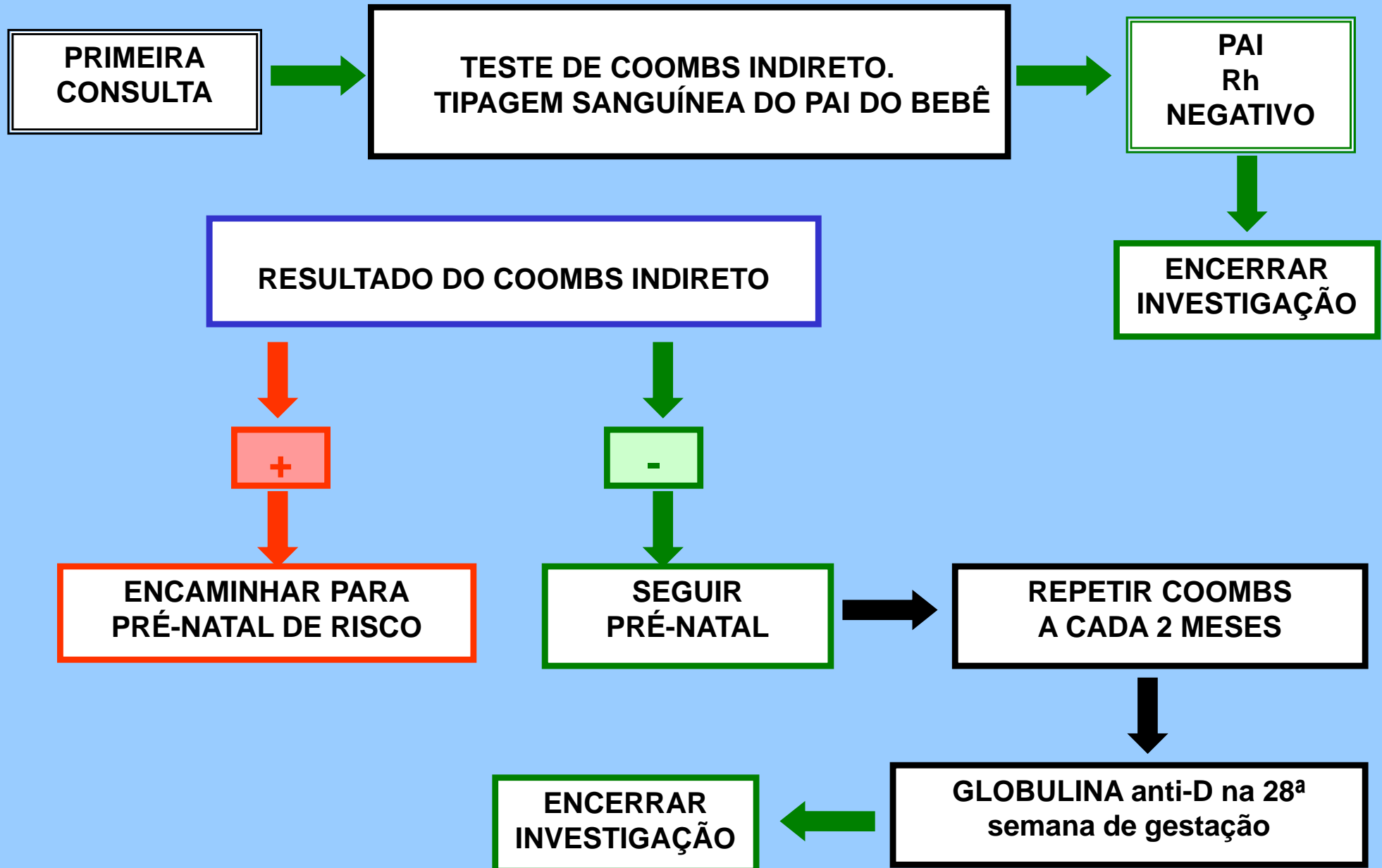
**SE Sorologia POSITIVA**

**SEGUIR PRÉ-NATAL**

### RECOMENDAÇÕES:

1. Encaminhe a paciente para especialista **APÓS** o parto.
2. Informe à equipe responsável pela assistência ao parto sobre o status sorológico da paciente

# GESTANTES Rh NEGATIVO



# INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL

-A circlagem cervical é o tratamento de eleição e apresenta os melhores resultados quando realizada entre 14 e 16 semanas (excepcionalmente até 26 semanas).

- A redução efetiva do risco necessita do diagnóstico precoce das condições da paciente.

**CONSIDERAR O DIAGNÓSTICO  
E ENCAMINHAR PARA  
UNIDADES DE ALTO RISCO SE:**

## **NOS ANTECEDENTES:**

- Dois ou mais abortamentos tardios entre 16 a 20 semanas e/ou partos prematuros 20 a 26 semanas.

- Circlagem em gestação anterior.

- Amputações do colo uterino.

## **ACHADOS NO EXAME FÍSICO:**

- Dilatação do colo no primeiro trimestre da gestação com ou sem protrusão das membranas

## **ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS (AVALIAÇÃO ENDOVAGINAL):**

- Dilatação do orifício interno em repouso ou observada durante compressão do fundo uterino

# DOENÇAS DA TIREÓIDE

## HIPERTIREOIDISMO

- Ocorre em cerca de 1 em 2000 gestações.
- O estado hipermetabólico da gestação dificulta o diagnóstico clínico.
- Alguns sinais podem ajudar:
  - 1) taquicardia acima de 100 bpm
  - 2) frequência cardíaca elevada inclusive durante o sono
  - 3) aumento do volume da tireóide (atenção para as modificações fisiológicas)
  - 4) exoftalmopatia
  - 5) dificuldade de ganho ponderal apesar de adequação nutricional
- A confirmação é laboratorial, quando T4 livre elevado e TSH deprimido.

- Pacientes com diagnóstico confirmado ou
- Uso anti-tireoidianos Tapazol ou Propiltiouracil (PTU)



1. Encaminhar para unidades de risco.
2. As doses utilizadas dos medicamentos **devem ser mantidas.**



## HIPOTIREOIDISMO

- Pacientes com diagnóstico confirmado **ou**
- Uso de hormônios tireoidianos *Puran T4®*, *Tetroid®*, *Synthroid®*, *Euthyrox®* (25, 50, 75, 100, 125, 150 e 200 µg)



Obrigado.

E-mail: [saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br](mailto:saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br)

Telefones: Área Técnica de Saúde da Mulher : 3397-2226

Mãe Paulistana: 3059-1426/ 3059-1422





COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**